



**Universidade de Aveiro** Departamento de Educação e de Psicologia  
Ano 2016

**CARMEN ELISA  
TORRELLAS  
TRAVIESO**

## **METÁFORAS DE PESSOAS IDOSAS SOBRE DIABETES TIPO 2**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Prof<sup>a</sup>. Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa do Departamento de Educação e de Psicologia da Universidade de Aveiro e do Prof. Doutor Álvaro Filipe Ribeiro dos Santos Oliveira Mendes, Professor Auxiliar Convidado do Departamento de Ciências Médicas da Universidade de Aveiro.

Este trabalho é dedicado a um grande amor que tenho gravado no coração, o meu país, o que me viu nascer, o que me ensinou a crescer na adversidade, e o que desenhou no meu rosto o sorriso e a alegria característico do calor e das cores de uma terra tão fértil e criativa.

Contigo estou perpetuamente agradecida Venezuela, porque constituís uma parte inseparável do que atualmente sou. Espero voltar a ver-te florescer e espero que o nosso povo fique unido num só para amar-te e respeitar-te em toda a eternidade.

Por vezes dói imenso ver-te triste e desamparada, mas tenho plena esperança e confiança que caminharemos no sentido da liberdade pelas tuas maravilhosas paisagens e saberemos aproveitar as tuas infinitas virtudes. Eu prometo levar-te eternamente no meu coração e dar-te o melhor de mim em qualquer lugar do planeta onde me encontrar.

Levarei comigo o teu nome em alto para honrar-te como realmente mereces.

## **o júri**

presidente

**Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira**

Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação e de Psicologia da  
Universidade de Aveiro

**Doutora Ana Maria Timóteo Félix**

Professora Auxiliar Convidada da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa**

Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

## agradecimentos

O meu maior obrigado é dirigido principalmente a Portugal, por me abrir as suas portas para conhecer as suas fantásticas tradições e a grandeza do seu povo. É difícil explicar por palavras tantos detalhes e ligações que tenho de agradecer para que este projeto nascesse.

Um especial obrigado aos meus orientadores, a Prof<sup>a</sup>. Doutora Liliana Sousa e o Prof. Doutor Álvaro Mendes, que foram pais no processo da presente investigação, guiaram-me, mostraram-me o caminho com paciência e orientaram-me nos momentos de maior dificuldade.

Aos sábios idosos, que com as suas histórias de vida detalhadas fizeram possível eu reconstruir uma época e uma cultura para mim desconhecida. Abriam o seu coração para mostrar-me os seus receios, o seu sofrimento e as suas esperanças numa conversa sincera que fluiu como se nos conhecêssemos há imensos anos.

Ao meu amado esposo e companheiro de aventuras, por acreditar sempre em mim e apoiar-me incondicionalmente no momento que decidi fazer o mestrado com apenas 1 mês de estar neste fabuloso país que não conhecia e numa língua que não compreendia.

A todas as pessoas, colegas e professores que contribuíram com o seu grão de areia no meu processo de adaptação e conhecimento nesta nova etapa. À minha prima Diana Oliveira, por estar ao meu lado sempre e por ser a ponte de comunicação entre as minhas raízes, o meu idioma e esta nova cultura. À cidade de Guimarães e à Universidade do Minho, por ser o meu refúgio no momento que precisava de concentração e paz para desenvolver este projeto atual.

À minha orientadora, a Dra. Ana Aflalo, por fazer-me sentir em casa, por compreender-me e possibilitar-me viver com alegria a minha primeira experiência laboral neste país.

Às instituições que me deram a oportunidade de recolher toda a informação preciosa, repleta de emoções, lágrimas, sorrisos e por me oferecerem os seus espaços físicos que permitiram a qualidade da partilha de informação. Quero também agradecer aos meus queridos pais, pois sem o seu maior presente, a vida que me deram, nunca teria conseguido atingir cada um dos meus sonhos, e aos meus irmãos, por ouvirem-me nos momentos difíceis e preocupantes da minha vida.

Finalmente, à minha gente, ao meu país, à minha família e amigos. Muito obrigada de coração!

**palavras-chave**

doença crónica; diabetes; metáforas; crenças; gerações mais velhas

**resumo**

A diabetes mellittus 2 é uma doença crónica cuja prevalência e incidência tem vindo a aumentar, principalmente na população idosa. O objetivo geral deste estudo exploratório é aprofundar o conhecimento das metáforas (que indicam crenças) sobre a diabetes tipo 2 em doentes idosos ( $\geq 65$  anos). Explora-se o que é a diabetes e o que é viver com diabetes. A metodologia qualitativa recorre-se à elaboração de metáforas (através de entrevistas semiestruturadas), pois são modelos através dos quais as pessoas compreendem a complexidade do mundo. A amostra inclui 17 participantes (11 mulheres), que elaboraram 198 metáforas. Os principais resultados indicam que “o que é a diabetes” é associado às metáforas: “é como o aquecimento global que não se vê, mas sabemos que estar a fazer estragos” e “lentamente vai dando cabo da pessoa”. “O que é viver com a diabetes” é descrito principalmente pelas metáforas: “a gente às vezes peca (com a alimentação)” e “agora já estou mais acostumado mas ao princípio era muito difícil”. Os resultados mostram que os diabéticos idosos percebem que a doença é grave e silenciosa, e difícil de gerir, exigindo tempo. Na prática e principalmente nos ensinamentos clínicos é relevante apresentar as recomendações terapêuticas e trabalhar as crenças para aumentar a boa autogestão das pessoas idosas com diabetes tipo 2.

**keywords**

chronic disease; diabetes; metaphors; beliefs; elderly patients

**abstract**

Diabetes mellitus is a chronic disease. The prevalence and occurrence of this disease has been increasing, particularly among older population. The main goal of this research is to gain more detailed knowledge on metaphors (which are an indication of beliefs) used by elderly patients ( $\geq 65$  years old) on type 2 diabetes. The research explores what is diabetes and how it is to live with diabetes. Under a qualitative methodology framework, we explore metaphor construction (through semi-structured interviews), as these are models through which people understand the complexity of the surrounding world. The sample includes 17 participants (11 women), which have produced 198 metaphors. Main results show that “what is diabetes” is associated to metaphors: “it is like global, you can’t see it but you know it’s causing damage” and “it slowly wrecks you”. “How is it to live with diabetes” is mainly referred to by the following metaphors: “sometimes we commit sins (with food)” and “now I am more used to it but it was really hard at first”. Results show that elder diabetic patients understand that diabetes is a serious and silent disease, which is difficult to manage and requires time. In clinical practice and especially in clinical education, it is relevant to present therapeutic recommendations and work on patient’s beliefs to increase a good self-management of elder patients of type 2 diabetes.

## Índice

Introdução .....	1
a) Diabetes tipo 2 em pessoas idosas .....	2
b) Crenças, metáforas e autogestão da diabetes tipo 2 em pessoas idosas .....	5
c) Objetivos .....	7
Metodologia .....	8
Participantes .....	8
Instrumento .....	9
Procedimentos.....	10
Procedimentos de recolha de dados.....	10
Procedimento de análise de dados .....	11
Resultados.....	12
a) “O que é a diabetes” .....	12
b) “O que é viver com a diabetes” .....	16
Discussão dos resultados .....	20
a) O que é a diabetes .....	20
b) O que é viver com diabetes .....	23
c) Crenças de pessoas idosas acerca da diabetes tipo 2.....	26
Implicação para a prática clínica.....	27
Limitações do estudo e perspetivas de pesquisa .....	28
Conclusões.....	29
Referências Bibliográficas .....	29
Anexos .....	37
Anexo A. Entrevista semiestruturada .....	38
Anexo B. Consentimento Livre e Informado .....	40

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - O que é a diabetes.....	13
Tabela 2 - O que é viver com a diabetes.....	17

## **Introdução**

A diabetes mellittus é uma doença crónica cuja prevalência e incidência tem vindo a aumentar, principalmente na população idosa. Segundo dados da Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Portugal registava, em 2013, 13% da população entre os 20 e os 79 anos. Entre 2010 e 2013, a taxa de prevalência desta doença aumentaram cerca de 11%. A prevalência da diabetes na população mais idosa é bastante forte, com mais de um quarto da população portuguesa entre os 60 e os 79 anos a sofrerem desta doença (SPD, 2014). As primeiras referências a esta doença remontam a 1550 A.C., no papiro de Ebers, descoberto no Egito, onde era tida como doença rara (Williams & Pickup, 2004). O termo diabetes significa “fluir através de” e mellittus indica “doce como mel”.

Principalmente nos países ocidentais tem ocorrido o aumento de condições crónicas a par do envelhecimento populacional, sendo que a incidência de doenças crónicas aumenta com a idade (Franzen, et al., 2007). A Psicologia da Saúde tem dado um contributo relevante na promoção da qualidade de vida das pessoas que vivem com alguma doença crónica (Gabarra, 2005). A literatura define doenças crónicas como doenças duradouras, com duração superior a 3 meses, e com desenvolvimento normalmente lento, para além disso, constituem uma condição crónica incurável, após adquirida (Guerra, 2009). Na Europa, as doenças crónicas de maior prevalência são as cardíacas, oncológicas, respiratórias, diabetes e problemas de saúde mental (WHO, 2005). As doenças crónicas apresentam grande impacto nas sociedades atuais, sobretudo pelas implicações económicas nos sistemas de saúde e na vida das famílias, comunidades e indivíduos (Alves et al., 2007).

A diabetes compreende um conjunto de doenças metabólicas crónicas caracterizadas por elevados níveis de glicose no sangue (hiperglicemia). Ocorre porque o pâncreas para de produzir a hormona insulina (diabetes tipo 1); ou através da combinação da reduzida capacidade do pâncreas para produzir insulina com a resistência do corpo a esta ação (diabetes tipo 2) (Toobert, Hampson, & Glasgow, 2000). A incidência da diabetes é elevada e tem vindo a aumentar a nível global (IDF, 2011; OECD, 2012; SPD, 2014; WHO, 2009).

O tratamento (não curativo) da diabetes tipo 2 está bem definido e é eficaz, mas depende da capacidade de autogestão dos pacientes, pois envolve mudanças no estilo de vida (incluindo redução de peso, dieta diabética, exercício físico e avaliação regular da



glicémia) e, dependendo do tipo e severidade da doença, pode ainda incluir medicação oral e administração de insulina. Neste âmbito, os dados são consistentes a mostrar que apenas cerca de 20% dos pacientes são autogestões eficazes e consistentes da diabetes (Alberti, 2002; Bazata, Robinson & Grandy, 2008; Gardete-Correia et al., 2010). Assim, um grande desafio em termos de cuidados de saúde é aumentar o número de pacientes diabéticos idosos que fazem boa autogestão da doença.

A literatura indica que o comportamento dos pacientes em termos de autogestão está fortemente associado a crenças (Rosenstock, 1974; Rosenstock, 1990) e que as metáforas são mecanismos centrais que refletem as crenças que cada indivíduo usa para compreender e agir (Eren & Tekinarslan, 2013). A literatura sobre autogestão em diabetes tipo 2 tem produzido alguns dados, mas não encontramos estudos focados em pessoas idosas com diabetes tipo 2.

Assim, o objetivo geral deste estudo é analisar as metáforas sobre a diabetes tipo 2 em doentes idosos ( $\geq 65$  anos). Em termos de metodologia recorre-se às metáforas, pois são modelos eficazes através das quais as pessoas compreendem a complexidade do mundo (Saban, Kocbeker, & Saban, 2007). A metáfora permite encontrar semelhanças entre dois termos diferentes (Cardullo, 2008). Shuell (1990, p.102) afirma que “se uma imagem vale 1000 palavras, uma metáfora vale 1000 fotos!”. A metáfora permite transmitir profundidade e identidade a conceitos subjetivos.

#### **a) Diabetes tipo 2 em pessoas idosas**

A diabetes mellitus é uma doença crónica autoimune, que ocorre devido ao funcionamento deficitário do pâncreas, que deixa de produzir insulina suficiente para um bom equilíbrio metabólico. Esta doença pode desenvolver-se em qualquer idade e divide-se em tipo 1 e tipo 2. A tipo 1 é irreversível e surge, geralmente, em crianças e adolescentes. Caracteriza-se pela destruição das células produtoras de insulina do pâncreas, que pode provocar a perda de produção de insulina, e deste modo, a glicose permanece na corrente sanguínea, conduzindo a um aumento da glicemia (Hanas, 2007). Assim, desde o diagnóstico, é indispensável o tratamento com insulina. A diabetes tipo 2 é uma entidade heterogénea, caracterizada por distúrbios da ação e/ou secreção da insulina (Toscano, 2004; WHO, 1999). A etiologia não está claramente definida, apontando-se para a destruição autoimune do pâncreas e para estilos de vida associados a sedentarismo e

alimentação rica em açúcares e hidratos de carbono (Gross, Silveiro, Camargo, Reichelt, & Azevedo, 2002). A diabetes tipo 2 pode ser gerida através da mudança de hábitos e estilos de vida, quando diagnosticado atempadamente, sendo que aparece geralmente entre os 30 e 69 anos de idade (Delamater et al, 2001; Zagury, Zagury & Guidacci, 2000). A diabetes tipo 2 representa, na maioria dos países, 85% da população diabética, e afeta provavelmente 5 a 7% da população ocidental e 10% das pessoas com 70 anos ou mais (Williams & Pickup, 2004).

A diabetes é atualmente considerada uma epidemia global (Falcão et al, 2008). Em 2003 estimou-se que atingia cerca de 194 milhões de pessoas em todo o mundo; prevê-se um aumento para cerca de 333 milhões até 2025. As regiões Europeia e do Pacífico Ocidental têm o maior número de diabéticos a nível global (Falcão et al., 2008). No entanto, a taxa de prevalência de 3,1%, na região do Pacífico Ocidental, é menor do que os 7,9% da região da América do Norte e os 7,8% da Europa. A diabetes exige significativos recursos económicos, quer para as medidas de autogestão, quer para o tratamento das complicações associadas. Em Portugal, em 2013, os gastos com a diabetes representavam 0,9% do PIB (Produto Interno Bruto) e 9% dos gastos totais em saúde (SPD, 2014).

A Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2014) acrescenta que mais de um quarto das pessoas entre os 60-79 anos tem diabetes (na maioria: tipo 2). A incidência da diabetes em Portugal é assim de cerca de 9,8%, sendo a mais elevada da Europa (OECD, 2012). A diabetes é a quarta principal causa de morte na Europa, mas também na maioria dos países desenvolvidos e apresenta diversas doenças associadas (e.g. doenças cardiovasculares, doença renal, cegueira e amputação dos membros inferiores) e mortalidade associada (50% devido a doenças cardiovasculares; 10% a 20% de falência renal) (IDF, 2011; SPD, 2014; WHO, 2009). Em Portugal, 8% a 15% das mortes na população adulta estão associadas a uma má autogestão da diabetes (IDF, 2011; WHO, 2009).

O Programa Nacional de Controlo da Diabetes da Direção-Geral de Saúde é um dos mais antigos programas de saúde pública. O programa conta com diversas medidas, destacando-se o Guia do Diabético, normas de boas práticas profissionais para diagnóstico precoce e tratamento das principais complicações. As principais estratégias assentam em: prevenção primária, através da redução dos fatores de risco; prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e tratamento adequado; e prevenção terciária, através da reabilitação e reinserção social dos doentes. Atualmente, por todo o país existem consultas

de diabetes nos cuidados de saúde primários (Portugal, 2008). O tratamento (não curativo) da diabetes tipo 2 (assim com da 1) está bem definido e é eficaz, mas depende da capacidade de autogestão dos pacientes, dado que envolve mudanças no estilo de vida, como por exemplo, redução de peso, dieta diabética, exercício físico e avaliação regular da glicémia. Mas depende, também, do tipo e severidade da doença, podendo ser necessário incluir medicação oral e/ou administração de insulina. Os dados são consistentes a mostrar que apenas cerca de 20% dos pacientes gerem eficazmente a diabetes (Alberti, 2002; Bazata, et al., 2008; Gardete-Correia et al., 2010). É assim fulcral potenciar a adequada autogestão da doença. Para atingir esse objetivo, a literatura recomenda a necessidade de ajustar os modelos de prestação de cuidados de saúde de forma a reconhecer a especificidade da autogestão da diabetes através das escolhas da pessoa diabética (tais como: alimentação, atividade física, gestão de stresse), das decisões diárias tomadas pelos pacientes (que têm o controlo sobre as opções que tomam), e das consequências dessas escolhas que são em primeiro lugar vividas pela pessoa diabética (Anderson & Funnell, 2005; Funnell & Anderson, 2004; Funnell & Weiss, 2008).

As dificuldades da autogestão da doença constituem, muito provavelmente, as causas de insucesso das terapêuticas não curativas. O indivíduo com diabetes tem dificuldade na adesão ao programa terapêutico devido à necessidade de gerir o controlo metabólico, plano alimentar, atividade física e terapêutica medicamentosa (Santos, Zanetti, Otero, & Santos, 2005). Nas pessoas idosas, a autogestão apresenta potencialmente dificuldades acrescidas, tais como poderem depender de cuidadores, terem limitações funcionais e suporte social e familiar limitado. Acresce que estas circunstâncias vividas pelos mais velhos são frequentemente subestimadas pelos profissionais de saúde (Sousa e Zauszniewski, 2005; Wood, 2009). A literatura sugere que os pacientes aderem mais facilmente a aspetos biomédicos (medicação) e têm mais dificuldade com aspetos sociais e comportamentais (como alimentação e atividade física) (Glasgow, 1991, cit in Ribeiro, 2010). A literatura sugere ainda que os baixos níveis de adesão e inadequada autogestão resultam da combinação de diversas características da doença e do tratamento: i) trata-se de uma doença crónica que não causa desconforto imediato, nem risco evidente; ii) o tratamento implica mudanças no estilo de vida; iii) o tratamento é complexo, intrusivo e inconveniente; iv) o objetivo do tratamento é a prevenção e não a cura; v) o doente pode associar o comportamento de adesão à punição ou prémio (Vasquez & Ring, 1993, cit in

Ribeiro, 2010). Assim, é fulcral aumentar o número de pacientes que fazem uma boa autogestão da doença.

#### **b) Crenças, metáforas e autogestão da diabetes tipo 2 em pessoas idosas**

A adoção de comportamentos adequados de autogestão é influenciada pelo papel das crenças sobre a saúde (Meichenbaum & Turk, 1987, cit. in Marks, Murray, Evans, & Willig, 2000). Os pacientes aderem mais facilmente aos regimes de tratamento quando acreditam que têm responsabilidade na sua saúde e que os seus comportamentos lhes poderão trazer benefícios (Brannon & Feist, 1997). Simultaneamente, quanto melhor o profissional de saúde compreender o sistema de crenças do indivíduo, mais poderá ajustar a sua intervenção ao paciente (Yardley, Sharples, Beech & Lewith, 2001).

A crença é uma ideia ou princípio considerado verdadeiro, podendo ser descrita como uma norma que rege as ações e os hábitos de uma pessoa (James & Peirce, s.d., cit. in Furtado, 2011). A importância deste conceito levou à sua aplicação no âmbito da saúde; as crenças em saúde têm sido definidas como “expectativas socialmente adquiridas e partilhadas que refletem sobretudo pensamentos sobre os atributos de alguma situação ou condição, assim como considerações sobre os resultados de determinadas ações” (Davidovich, Wit, & Stroebe, 2004, p.83). As crenças em saúde relacionadas com a diabetes têm sido sobretudo estudadas através do Illness Perception Questionnaires (IPQ) (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006; Moss-Morris et al., 2002; Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1996) usando cinco componentes associadas à teoria da auto-regulação: identidade, causa, evolução, consequências e controlo/cura. Os resultados nos diversos estudos apontam para uma relação forte entre a perceção da doença e a autogestão da diabetes tipo 2 (Patel, Kennedy, Chew-Graham, Blickem & Bower, 2012); por exemplo, os pacientes que acreditam que a sua diabetes é controlável são eficazes na autogestão da dieta, exercício físico e teste dos níveis de glicose (Patel et al., 2012). As intervenções desenhadas para alterar as crenças/perceções da doença reportam melhorias de longa duração na autogestão (Griva, Myers & Newman, 2000).

As metáforas são centrais na compreensão, pensamento e ação, pois são estruturas mentais do indivíduo que refletem as suas crenças, constituindo instrumentos poderosos para tentar entender o que não pode ser totalmente compreendido, como sentimentos, práticas morais e consciência espiritual (Eren & Tekinarslan, 2013; Lakoff & Johnson,

1980). As metáforas tornam as pessoas capazes de simplificar os aspetos complexos e abstratos do seu mundo. Constituem uma base sólida para compreender fenómenos novos e desconhecidos (Saban, 2010). A construção de metáforas é fortemente influenciada pela comunidade e cultura. Desde a publicação do texto clássico de Sontag (1977), que os problemas de saúde têm vindo a ser representados em termos de metáforas, pois revelam a experiência vivida, crucial para entender como os pacientes vivem e enfrentam a doença. O uso de metáforas é comum na linguagem diária das pessoas, embora quem as usa e quem as ouve não tenha com frequência a noção do seu papel em termos de pensamento e ação (Barry, Brescoll, Brownell & Schlesinger, 2009). As metáforas permitem aos indivíduos usar uma espécie de “atalho” para dar sentido a problemas e/ou temas novos e/ou complexos.

As metáforas são comparações que constituem modelos mentais poderosos, usados pelos indivíduos para compreender o seu mundo, relacionando fenómenos complexos com algo mais concreto e previamente experienciado. A metáfora é mais do que uma construção linguística, pois é crucial em modelar os pensamentos das pessoas. Uma metáfora é uma imagem sobre determinado tema ou experiência, que associa o que pensamos (pensamentos), experienciamos (perceções) e fazemos (ações) (Lakoff & Johnson, 1980; Schnitzer & Pedreira, 2005). As pessoas usam metáforas na sua linguagem por três principais razões (Michael & Katerina, 2009): i) ajudam a expressar ideias e conceitos dificilmente representados em linguagem literal; ii) compactam a complexidade da experiência; iii) comunicam ideias de forma mais vivida. As símile/analogias são formas de metáforas em que a semelhança (comparação) entre o tópico e o tema é explicitada através do uso do “como” (like; as) (Michael & Katerina, 2009). A essência da metáfora é compreender e experienciar uma coisa como sendo outra (Lakoff & Johnson, 1980); por exemplo: “tempo é dinheiro”.

As metáforas têm vindo a ser usadas em investigação, sobretudo na educação, para analisar o que é ensinar e aprender e cada vez mais na área da saúde, especialmente na psicologia da saúde (Eren & Tekinarslan, 2013; Saban, 2010; Simseka, 2014). Por exemplo, Barry et al. (2009) identificaram metáforas no âmbito da obesidade (comportamento pecaminoso; incapacidade; distúrbio alimentar; vício; reflexo do tempo de crise que vivemos; consequência da manipulação de interesses comerciais; resultado de um ambiente alimentar tóxico). Diversos estudos têm explorado metáforas sobre diabetes

considerando culturas. Assim, Huttlinger, et al. (1992) conduziram um estudo centrado na diabetes no povo Navajo, habitantes do planalto do Colorado, nos EUA, focando as metáforas dominantes usadas pelos diabéticos para descrever a sua experiência com a doença (encontraram duas metáforas dominantes: “batalha/luta, pois é uma vivência diária, muito desafiante; “armas” que se associa ao uso pelo profissionais de saúde da expressão “lutar contra a doença”); Hagey (1984) explorou metáforas relativas a diabetes tipo 2 em índios/nativos canadenses urbanos. A grande vantagem das metáforas é que revelam a experiência vivida dos pacientes, permitindo aos profissionais de saúde aceder a esse mundo e intervir de forma mais eficaz. Contudo, algumas dificuldades metodológicas têm sido relatadas, nomeadamente em termos da recolha de dados: alguns grupos (principalmente grupos com baixa literacia) têm dificuldade em entender o que é uma metáfora e em identificar as metáforas que usam (apesar de as usarem, têm dificuldade em compreender o conceito) (Michael & Katertina, 2009). Estas dificuldades são também encontradas em termos de análise dos dados, pois uma metáfora pode ter múltiplas interpretações, devido a serem ambíguas e abstratas (Michael & Katertina, 2009). Mais recentemente as metáforas têm sido utilizadas em intervenções. Solberg, Nysether & Steinsbekk (2014) descrevem o programa centrado na metáfora “capitão de navio”, baseado nos modelos centrados na solução e desenhado para promover competências de autogestão. Os resultados sugerem que os participantes consideraram aquela metáfora facilitadora do processo de capacitação em termos de autogestão, pois é uma ferramenta prática que podem usar nas situações diárias, tornando-os mais conscientes da sua responsabilidade pela autogestão.

### **c) Objetivos**

O objetivo geral deste estudo exploratório é aprofundar o conhecimento sobre as crenças de pessoas idosas ( $\geq 65$  anos) acerca da diabetes tipo 2 (com diagnóstico  $\geq 5$  anos), expressas através de metáforas sobre a experiência de ser diabético. Em termos específicos, explora-se o que é a diabetes (identidade, causa e evolução e consequências) e o que é viver com diabetes (reação inicial ao diagnóstico, gestão das recomendações terapêuticas e principais desafios); e analisa-se a influência de variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, estado civil, situação profissional, área de residência) e clínicas (existência de familiares com diabetes; tempo do diagnóstico; coexistência de outras condições crónicas).

Os resultados têm implicações para a prática clínica, principalmente revelando as crenças e metáforas das pessoas idosas com diabetes tipo 2 e a sua possível influência na autogestão da doença. A efetiva autogestão da diabetes é um importante no sistemas de saúde, que exige que os profissionais de saúde entendam a realidade vivida da experiência de ser diabético para poderem capacitar os pacientes na autogestão adequada da doença.

### **Metodologia**

Este é um estudo qualitativo e exploratório que recorre à revelação/elaboração de metáforas através de entrevistas semiestruturadas, para compreender as crenças dos participantes sobre a diabetes tipo 2 (Antón & Goering, 2015). A entrevista semiestruturada consiste na formulação de um roteiro de tópicos e questões para recolha de informação caracterizado que permite ao entrevistado expressar a sua opinião sobre o tema proposto, com a orientação do entrevistador. No contexto deste estudo, optou-se pela entrevista semiestruturada para ajudar os participantes a compreenderem e expressarem metáforas (Boni, & Quaresma, 2005).

### **Participantes**

Usou-se uma amostra de conveniência, essencialmente para facilitar o acesso aos participantes e porque se trata de um estudo exploratório. Os critérios de inclusão foram: i) pessoas idosas ( $\geq 65$  anos); ii) com diagnóstico de diabetes tipo 2 há  $\geq 5$  anos, para garantir uma experiência vivida com a doença; iii) orientados no tempo e no espaço.

A amostra inclui 17 participantes, com idade entre os 68 e 96 anos (média etária= 78,41 anos); em que os grupos etários se organizam da seguinte forma: 68-77 anos= 9; 78-87 anos= 5; 88-97 anos= 3. Em termos de sexo, 11 são mulheres. Quanto à escolaridade, os dados revelam que: sem escolaridade formal = 5 participantes; até quatro anos de escolaridade = 2; de 5 a 12 anos de escolaridade = 10. Em termos de situação profissional, observa-se que: aposentados =12; domésticas = 3; empregados = 2. Sobre a existência de comorbilidades, verifica-se que: 4 participantes conjugam diabetes tipo 2 com hipertensão; 3 participantes apresentam diabetes tipo 2, hipertensão e demência leve; 2 têm diabetes tipo 2, hipertensão e artroses; 1 tem diabetes 2 e artrites; 1 participante apresenta diabetes tipo 2, escleroses e artroses; 1 participante tem diabetes, hipertensão e síndrome vertiginoso; 1 tem diabetes e pancreatites crónica; 1 tem diabetes e doença cardíaca; e 3

participantes não apresentam doenças comórbidas. Dos 17 participantes, 9 relatam existir história familiar de diabetes.

### **Instrumento**

A recolha das metáforas foi efetuada através de entrevista semiestruturada (Anexo A) presencial; dois participantes foram entrevistados por telefone.

O guião semiestruturado incluía os seguintes tópicos:

O que é a diabetes? Como define diabetes? Quais são as características principais da diabetes? O que pensa que causou a diabetes? Como a diabetes o afeta?

O que é viver com a diabetes? Como descobriu que tinha diabetes? Como foi a experiência de ser diagnosticado com diabetes? Como é que o diagnóstico de diabetes (não) mudou a sua vida? Como se sente sabendo que tem diabetes? O que diz à sua família e outras pessoas sobre a diabetes? O que outras pessoas lhe dizem sobre ter diabetes? Há outras pessoas (quem) na sua família com diabetes? Que tratamentos e ajuda tem para a diabetes? Como cuida de si sabendo que tem diabetes? O que acha mais difícil e mais fácil na gestão da sua vida considerando que tem diabetes? Como tem evoluído a sua diabetes e como se tem adaptado? Descobriu ou aprendeu alguma coisa positiva com esta doença?

Durante a entrevista introduzia-se a noção de metáfora, definindo de forma simples e dando alguns exemplos (por exemplo, “Aveiro é como a cidade de Veneza porque tem muitos canais”; “o amor é como o fogo que arde sem se ver”; “aquele homem é como o touro porque tem muita força”; “a minha avó é tão doce como os ovos moles”); e pedia-se para ir explicando as suas metáforas considerando a seguinte formulação: “a diabetes é como ... porque ...”; “Com que imagem pode representar a diabetes na sua vida?”. No entanto, muitos participantes tiveram dificuldades em expressar metáforas. Nestes casos, a entrevista foi prolongada, com incidência na exploração dos sentimentos dos participantes aquando do diagnóstico da doença e em relação às mudanças no estilo de vida decorrentes da doença, de modo a que as metáforas acerca da diabetes pudessem emergir espontaneamente.

No final da entrevista, foram recolhidos dados sociodemográficos: sexo, idade, estado civil, área de residência (rural/urbana) e escolaridade; e dados clínicos sobre o diagnóstico da diabetes (“há quanto tempo sabe que tem diabetes?”) e sobre



comorbilidades (“tem mais alguma/s doença/s crónica/s?; se sim, qual/is?”). Este guião de entrevista foi submetido a pré-teste com uma pessoa. Pretendia-se ir aplicando o pré-teste e fazer ajustamentos até que o guião fosse aceitável pelos respondentes. Após o primeiro pré-teste verificou-se a sua adequabilidade e aceitabilidade.

## **Procedimentos**

### Procedimentos de recolha de dados

O método de amostragem foi intencional e não-probabilístico, complementado pelo processo “bola-de-neve”. Optou-se por fazer a recolha através de IPSS (Instituições Privadas de Solidariedade Social), com valência de ERPI (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas) e Centro de Dia/Convívio.

O primeiro contacto dirigiu-se a duas IPSSs do município de Aveiro e foi realizado presencialmente pela mestranda junto de diretoras técnicas das instituições, para apresentação do projeto, objetivos e critérios de inclusão e exclusão e explicitar a colaboração solicitada. Após este primeiro contacto, nestas duas IPSSs aceitaram colaborar, o pedido foi formalizado via e-mail, com o detalhe da proposta de investigação. Após a formalização da colaboração, o contacto seguinte foi efetuado com o enfermeiro da instituição, a quem eram indicados os critérios de inclusão e de exclusão. De seguida, o enfermeiro contactava os utentes que cumpriam os critérios; aqueles que aceitavam colaborar eram colocados em contacto com o investigador para marcação de uma reunião de explicação do projeto e da colaboração solicitada. Após esta reunião, em que todos os potenciais participantes aceitaram colaborar, foi marcada a data, hora e local para a entrevista e obtido o consentimento livre e informado (Anexo B). Para todos os participantes que optaram ser entrevistados, as instituições cederam locais privados para a realização destas entrevistas. Também se recorreu ao processo “bola de neve” para recrutar mais participantes (foram recrutados 8 participantes através deste método): o entrevistado indicava pessoas das suas relações que cumpriam os critérios e mediava o contacto entre o investigador e esse potencial participante obtendo desta forma 8 participantes que foram entrevistados em suas casas e apenas dois entrevistados pelo telefone. A recolha da amostra terminou quando se verificou o ponto de saturação dos dados (situação em que os dados recolhidos já foram referidos durante a recolha de dados) (Mason, 2010). Foi utilizada a avaliação inter-juízes para determinar a saturação: a mestranda (que realizou as

entrevistas) anunciou quando considerou que a saturação foi atingida; os supervisores leram de forma independente as entrevistas e indicaram a sua concordância. A saturação foi atingida com 17 entrevistas (envolveu 2 IPSS's), com duração média de 16 minutos (mínimo = 9 minutos; máximo = 78 minutos).

#### Procedimento de análise de dados

As entrevistas foram gravadas, ouvidas na totalidade e transcritas verbatim. Para análise das metáforas adotou-se o processo de clustering, que compreende três fases: i) preparar as metáforas para codificação; 2) macro-sorting; 3) micro-sorting (Antón & Goering, 2015).

A primeira fase, preparar as metáforas para codificação, envolveu ler as transcrições das entrevistas e identificar todas as metáforas. Consideraram-se as metáforas elaboradas após a explicitação do pedido; e todas as produzidas de forma espontânea pelos participantes durante a entrevista (que traduzem a sua linguagem habitual). Este processo foi realizado pela investigadora e depois revisto pela orientadora, que levou à identificação de um total de 198 metáforas; um participante elaborou 21 metáforas (máximo) e 1 participante elaborou 2 metáforas (mínimo).

A segunda fase, macro-sorting, é um processo de categorização que envolve organizar todas as metáforas obtidas considerando os tópicos em estudo (o que é a diabetes: identidade, causa e evolução e consequências; o que é viver com diabetes: reação inicial ao diagnóstico; gestão das recomendações terapêuticas; principais desafios). Tratou-se de um processo de sucessivo refinamento em que a mestranda começou por organizar as metáforas de acordo com os tópicos, sendo depois revisto e discutido com os orientadores. Este processo decorreu até total concordância ser obtida.

A terceira etapa, micro-sorting, iniciou-se pela categorização dentro de cada subtópico das metáforas. Neste caso, adotou-se o sistema de significados que funcionam como mecanismos de coping e adaptação à doença que incluem três níveis interligados num processo circular: i) biológico – compreensão biomédica (disease); ii) experiência humana – forma como se percebe, vive e responde aos sintomas e incapacidade (illness), incluindo significados pessoal, familiar e cultural; iii) societal – significado resultante de forças sociais, macrosociais, económicas, políticas e institucionais (sickness) (Kleinman, 1988). Esta opção derivou da leitura anterior das entrevistas e metáforas que

indicavam a coexistência destes níveis. Em seguida, organizaram-se as metáforas considerando para cada subtópico esses três níveis; também aqui se tratou de um processo de sucessivo refinamento, iniciado pela mestrandia e revisto e discutido com os orientadores, até total concordância ser obtida. Para finalizar, para cada subtópico e respectivo nível foi selecionada uma metáfora que melhor simbolizasse as ideias envolvidas e elaborada a definição, com base nas diversas metáforas incluídas. Registrou-se quais os participantes que referiram as metáforas.

## **Resultados**

A análise de dados centrou dois temas: “o que é a diabetes” (subtemas: identidade, causas, evolução e consequências) e “o que é viver com a diabetes” (subtemas: reação inicial ao diagnóstico, gestão das recomendações terapêuticas e principais desafios associados a viver com diabetes). Cada subtema apresenta as metáforas correspondentes agrupadas nos níveis: biológico, experiência humana e societal.

Obteve-se um total de 198 metáforas, 119 (60,1%) foram formuladas pelas mulheres e 79 (39,9%) pelos homens. Considerando a escolaridade o número de metáforas formuladas foi de: 49 (24,7%) nos participantes sem escolaridade; 30 (15,2%) metáforas pelos participantes com até 4 anos de escolaridade; e 119 (60,1%) metáforas foram formuladas pelos participantes com  $\geq 5$  anos de escolaridade.

### **a) “O que é a diabetes”**

Para o tema “o que é a diabetes” (Tabela 1) foram formuladas um total de 84 metáforas, 51 (60,4%) por mulheres e 33 (39,3%) por homens. Os participantes sem escolaridade elaboraram 23 (27,4%) metáforas; aqueles com até 4 anos de escolaridade formularam 13 metáforas (15,5%); os com  $\geq 5$  anos de escolaridade referiram 48 (57,1%) metáforas.

No subtema “identidade” os participantes formularam 42 metáforas (50% das metáforas elaboradas para o tema o que é a diabetes; dessas 25 (59,5%) por mulheres e 17 (40,5%) pelos homens. Quanto à escolaridade, neste subtema: os participantes sem escolaridade elaboraram 11 (26,2%) metáforas; com até 4 anos de escolaridade fizeram 6 (14,3%) metáforas; aqueles com  $\geq 5$  anos de escolaridade elaboraram 25 (59,5%) metáforas.

Tabela 1 - O que é a diabetes

	Metáforas N	Gênero		Ano de escolaridade		
		Homens	Mulheres	0	1 a 4	≥ 5
<b>1. O que é a diabetes</b>	84	33	51	23	13	48
<b>1.1. Identidade</b>	42	17	25	11	6	25
<i>Nível Biológico</i>	26	10	16	7	3	16
Metáforas						
A: “Diabetes é sangue mau que afeta todos os órgãos”	8	3	5	2	1	5
B: “Diabetes é um mal: já não sai”	9	3	6	2	2	5
C: “Há diabetes de muita maneira: há uns melhores (tipo 2), há outros piores (tipo 1)”	9	4	5	3	0	6
<i>Nível experiência humana</i>	11	5	6	2	2	7
Metáforas						
D: “É como o aquecimento global que não se vê, mas sabemos que está a fazer estragos”	11	5	6	2	2	7
<i>Nível Societal</i>	5	2	3	2	1	2
Metáforas						
E: “Doença que ataca a sociedade”	5	2	3	2	1	2
<b>1.2. Causas</b>	27	13	14	7	3	17
<i>Nível Biológico</i>	7	4	3	1	1	5
Metáforas						
F: “Herdei esta doença”	7	4	3	1	1	5
<i>Nível experiência humana</i>	20	9	11	6	2	12
Metáforas						
G: “Abusava de certas coisas [alimentação] que fazem mal ao nosso corpo”	6	4	2	1	0	5
H: “Eu sou muito nervosa e os nervos afetam tudo”	3	2	1	1	0	2
I: “Isto foi tudo a idade, a idade...”	2	1	1	0	0	2
J: “Não sei como é que a gente apanha os diabetes, sei que apareceram-me”	9	2	7	4	2	3
<b>1.3. Evolução e consequências</b>	15	3	12	5	4	6
<i>Nível Biológico</i>	10	3	7	3	2	5
Metáforas						
K: “Lentamente vai dando cabo da pessoa”	10	3	7	3	2	5
<i>Nível experiência humana</i>	5	0	5	2	2	1
Metáforas						
L: “Sinto tanto medo...”	5	0	5	2	2	1

Considerando os três níveis, verifica-se que para o biológico foram elaboradas 26 (61,9%) metáforas, 16 por homens e 10 por mulheres. Neste nível as metáforas focam características biomédicas da doença, salientando a cronicidade e distinguindo a diabetes

tipo 1 e tipo 2. Na metáfora A, “Diabetes é sangue mau que afeta todos os órgãos” (8 participantes), é transmitida a ideia de que a diabetes afeta a pessoa de forma global, afetando todos os órgãos do corpo, pois está associada a sangue “mau” (isto é, sangue com muito açúcar ou gordura); alguns participantes têm noção que a diabetes se deve ao pâncreas não fabricar insulina, sendo por isso que o sangue é afetado. Na metáfora B, “Diabetes é um mal: já não sai” (9 participantes) sugere-se que a diabetes é uma doença “para toda a vida”, “sem cura”, “perigosa” e com a qual terão de “conviver até ao fim da vida”. A metáfora C, “Há diabetes de muita maneira: há uns melhores (tipo 2), há outros piores (tipo 1)” (9 participantes) revela que os participantes consideram a diabetes tipo 1 mais grave do que a tipo 2, porque consideram que os diabéticos tipo 1 têm diabetes mais elevados (mais açúcar no sangue) e que por isso têm que administrar insulina; e considerando que a diabetes tipo 2 é menos grave porque não exige insulina, “apenas comprimidos”. Para o nível “experiência humana” formularam 11 metáforas (26,2%), 6 por mulheres e 5 por homens. Neste nível, as metáforas produzidas ilustram a diabetes como algo que “não dói”, por isso é “silenciosa”; é uma doença “má”, apesar de “não se sentir”; os participantes consideram que se se tiver os cuidados diários, pode-se levar uma “vida praticamente normal”. Conjugam-se na metáfora D: a diabetes tipo 2 “É como o aquecimento global que não se vê, mas sabemos que está a fazer estragos”. Os participantes realçam tratar-se de uma doença que existe sem que se apercebam e que exige cuidados e controlo para não se agravar. Para o nível “societal” são formuladas 5 metáforas (11,9%), 3 por mulheres e 2 por homens, agrupadas na metáfora E, “Doença que ataca a sociedade”, em que a diabetes é referida como uma “doença comum na sociedade atual”, que “está na moda” e que surge associada a um estilo de vida sedentário e a alimentação pouco saudável.

No subtema “causas” foram elaboradas 27 metáforas (32,1% das metáforas elaboradas para o tema o que é a diabetes), 14 por mulheres e 13 por homens. Quanto à escolaridade verifica-se: os participantes sem escolaridade formal elaboraram 7 metáforas (25,9%); aqueles com até 4 anos de escolaridade formularam 3 (11,1%); e os com  $\geq 5$  anos formularam 17 metáforas (63%). No nível “biológico” existem 7 metáforas (25,9%), 4 elaboradas por homens e 3 por mulheres. Neste nível emerge um grupo de metáforas (F: “Herdei esta doença”), em que os participantes referem uma explicação biológica da doença centrada na hereditariedade, alguns especificando familiares que tiveram ou têm

diabetes. No nível “experiência humana” são elaboradas 20 metáforas (74,1%), 11 por mulheres e 9 por homens. Neste nível, os participantes associam as causas da doença a estilos de vida desadequados ou prejudiciais, principalmente alimentação rica em açúcar, stress e idade; alguns participantes descrevem causa desconhecida. Emergem quatro grupos de metáforas neste nível: metáfora G, “Abusava de certas coisas [alimentação] que fazem mal ao nosso corpo” (6 participantes), em que a causa é atribuída a hábitos alimentares inadequados ao longo da vida; metáfora H, “Eu sou muito nervosa e os nervos afetam tudo” (3 participantes), em que a causa (e início) da diabetes é atribuída a acontecimentos stressantes da vida; metáfora I, “Isto foi tudo a idade, a idade...”, em que a idade emerge como determinante (2 participantes), pois o “sistema” vai-se “perdendo” e “quem chegou a esta idade” já pode esperar doenças; metáfora J, “Não sei como é que a gente apanha os diabetes, sei que apareceram-me” (n=9 participantes), indicando que desconhecem a causa e que “não tinham ninguém na família”. Não emergem metáforas no nível societal.

No subtema “evolução e consequências” foram formuladas 15 metáforas (17,9% das metáforas elaboradas para o tema o que é a diabetes), 12 por mulheres e 3 por homens. Os participantes sem escolaridade formal elaboraram 5 metáforas (33,3%); os com até 4 anos de escolaridade formularam 4 metáforas (26,7%); aqueles com  $\geq 5$  anos de escolaridade indicaram 6 (40%). No nível biológico foram elaboradas 10 metáforas (66,7%), 7 por mulheres e 3 por homens. Os participantes focam os sintomas, salientando o enfraquecimento geral, gradual e fatal; destacam a deterioração em determinados órgãos, partes do corpo e funções (tais como: visão, rins, pernas, articulações). Emerge o grupo de metáforas K, “Lentamente vai dando cabo da pessoa”, que indica que, com o tempo, a diabetes vai afetando várias partes do corpo (“quando vem uma coisa, vem mais outra”). No nível da “experiência humana” emergem 5 metáforas (33,3%) todas formuladas por mulheres, e agrupadas na metáfora L, “Sinto tanto medo...”; este grupo correspondente aos sentimentos que revelam desgosto e tristeza à medida que as consequências da diabetes vão aparecendo e o medo do que virá a seguir se agrava (por exemplo, alguma amputação). No nível societal não emergem metáforas.

### **b) “O que é viver com a diabetes”**

No tema “o que é viver com a diabetes” foram formuladas 114 metáforas (57,6% do total), 68 (59,6%) por mulheres e 64 (40,4%) pelos homens (Tabela 2). Os participantes sem escolaridade formal elaboraram 26 (22,8%) metáforas; os participantes com até 4 anos de escolaridade indicaram 17 (14,9%); e aqueles com  $\geq 5$  anos de escolaridade formularam 71 metáforas (62,3%).

No subtema “reação inicial ao diagnóstico” foram formuladas 15 metáforas (13,2% das metáforas elaboradas no tema “o que é viver com a diabetes”); 9 (60%) elaboradas por mulheres e 6 (40%) por homens. Em termos de escolaridade, os participantes sem escolaridade formal indicaram 5 metáforas (33,3%), aqueles com até 4 anos de escolaridade elaboraram 1 metáfora (6,7%) e os com  $\geq 5$  anos de escolaridade fizeram 9 metáforas (60%). No nível “biológico” obtiveram-se 6 metáforas (40%), 3 formuladas pelas mulheres e 3 por homens. Estas metáforas foram agrupadas em um grupo, metáfora M: “Porque eu quando soube que tinha já tinha”. Aqui os participantes realçam a “surpresa” aquando do diagnóstico, pois não identificaram sintomas sugestivos da doença. No nível “experiência humana” emergiram 9 metáforas (60%), 6 por mulheres e 3 por homens. Neste nível, os participantes expressam a necessidade de “reagir” e “lutar” para “controlar” a doença e o impacto emocional das mudanças exigidas pela doença nas suas vidas. Emergem dois grupos de metáforas: i) metáfora N, “Esta situação mexeu comigo...” (7 participantes), inclui a ideia de que foi “uma notícia muito forte” para os participantes que já conheciam a gravidade da doença (por exemplo: “a minha mãe sofreu”) e para os restantes, pois aquando do diagnóstico foi-lhes explicada a gravidade (por exemplo: “sabia que havia diabéticos, não sabia era o quão mau era ser diabético”); ii) metáfora O, “Eu tenho de lutar” (2 participantes) e “seguir em frente”, que indica a determinação dos participantes em enfrentar a doença, apesar da preocupação. Não emergem metáforas no nível societal.

Tabela 2 - O que é viver com a diabetes

	Metáforas N	Género		Ano de escolaridade		
		Homens	Mulheres	0	1 a 4	≥ 5
<b>2. O que é viver com a diabetes</b>	114	46	68	26	17	71
<b>2.1. Reação inicial ao diagnóstico</b>	14	6	9	5	1	9
<i>Nível Biológico</i>	6	3	3	1	0	5
Metáforas						
M: “Porque eu quando soube que tinha, já tinha”	6	3	3	1	0	5
<i>Nível experiência humana</i>	9	3	6	4	1	4
Metáforas						
N: “Esta situação mexeu comigo...”	7	2	5	3	1	3
O: “Eu tenho de lutar”	2	1	1	1	0	1
<b>2.2. Gestão das recomendações terapêuticas</b>	58	25	33	13	7	38
<i>Nível Biológico</i>	46	20	26	10	5	31
Metáforas						
P: “A gente às vezes peca (com a alimentação)”	14	5	9	4	2	8
Q: “Como eu a combato com os comprimidos, estou sempre bem, é a mesma coisa que não ter”	5	3	2	0	0	5
R: “Andar faz bem [à diabetes] e eu ando pouco”	5	4	1	0	0	5
S: “Controlei assim os diabetes, a picar o dedo”	8	3	5	2	1	5
T: “Tinha e tenho a barriga preta das picadas [insulina]”	4	1	3	2	0	2
U: “A ensinarem como é ... a medicarem tudo...”	10	4	6	2	2	6
<i>Nível experiência humana</i>	12	5	7	3	2	7
Metáforas						
V: “Agora já estou mais acostumado mas ao princípio era muito difícil”	12	5	7	3	2	7
<b>2.3. Principais desafios associados a viver com diabetes</b>	41	15	26	8	9	24
<i>Nível Biológico</i>	5	2	3	0	1	4
Metáforas						
W: “Muita coisa má que a gente...”	5	2	3	0	1	4
<i>Nível experiência humana</i>	26	10	16	6	5	15
Metáforas						
X: “É ter cuidado, como tudo. Se a gente tem dinheiro no bolso e não tem cuidado, gasta-o todo! E precisas para amanhã e não tens!”	8	3	5	3	1	4
Y: “É uma tristeza que a gente sente!”	8	3	5	1	2	5
Z: “Nós temos que agradecer a Deus o que temos [...] mas temos que acompanhar a cruz que Deus nos deu”	10	4	6	2	2	6
<i>Nível Societal</i>	10	3	7	2	3	5
Metáforas						
AA: “A gente sente-se mais triste porque não somos como as outras pessoas”	4	2	2	1	1	2
BB: “Está aí uma senhora... já tem a trezentos e a quatrocentos os diabetes, mas ela come que parece um animal a comer”	6	1	5	1	2	3



No subtema “gestão das recomendações terapêuticas” foram formuladas 58 metáforas (50,9% do total de metáforas no tema “o que é viver com a diabetes”), 33 por mulheres e 25 por homens. Em relação à escolaridade: os participantes sem escolaridade formal elaboraram 13 metáforas (22,4%); aqueles com até 4 anos de escolaridade indicaram 7 (12,1%); os com  $\geq 5$  anos indicaram 38 (65,5%). No nível “biológico” emergem 46 metáforas (79,3%), 26 por mulheres e 20 por homens. Os participantes formularam seis grupos de metáforas que focam: a necessidade de seguir as recomendações alimentares e a dificuldade em seguir a dieta diabética; a adesão à medicação como sendo a prioridade para controlar a diabetes; a importância de fazer exercício para o controle da diabetes, embora sem praticar; o controle da glicemia (“picar o dedo”); e a administração de insulina (“picar a barriga”). É destacado o papel dos profissionais de saúde que sabem e que ajudam (ideia de fazer o que eles dizem; obedecer). A metáfora P, “A gente às vezes peca” (14 participantes) destaca os cuidados alimentares, principalmente centrando o que podem e não podem comer (por exemplo, doces), mas acentuando a dificuldade, porque gostam de comer esses produtos (e por isso, “pecam”). Na metáfora Q, “Como eu a combato com os comprimidos [à diabetes], estou sempre bem, é a mesma coisa que não ter” (5 participantes), os participantes consideram que tomar a medicação é suficiente para o controle da doença, embora nalguns casos refiram a necessidade de acompanhar com algum cuidado com a alimentação. Em relação à metáfora R, “Andar faz bem [à diabetes] e eu ando pouco” (5 participantes), é referido que a prática de exercício físico constante é importante no controle da diabetes, mas indicam que não se exercitam; em alguns casos esquecem-se e não incluem a atividade física na sua rotina; noutros casos não o fazem devido a outros problemas de saúde (como “problemas na coluna”). Na metáfora S, “Controlei assim os diabetes, a picar o dedo” (8 participantes), os participantes manifestam sentir que têm de controlar a glicemia (a “picar o dedo”), para que os valores do açúcar no sangue possam ser controlados (“potência da diabetes: altos ou baixos”). Alguns participantes consideram que ora têm, ora não têm diabetes dependendo, dos valores da glicemia no sangue. Na metáfora T, “Tinha e tenho a barriga preta das picadas [da insulina]” (4 participantes), os participantes referem-se à administração da insulina como sendo algo desagradável (“estava a picar e eu sempre com a cara virada para trás!”). Na metáfora U, “A ensinarem como é ... a medicarem tudo...” (10 participantes),

os participantes focam a importância dos profissionais de saúde na gestão das recomendações terapêuticas; sugerem que os médicos e enfermeiros ajudam, ensinam e são em geral disponíveis. Contudo, nem sempre concordam; por exemplo, uma participante relata: “Há coisa de um mês, quando o médico disse “Agora está uma jovem”, não tem nada [diabetes em valores normais] ... pensei: de certeza? Uma jovem já com 74 anos?”. No nível “experiência humana” são elaboradas 12 metáforas (20,7%), 7 por mulheres e 5 por homens. Neste nível, os participantes focam a necessidade de ter um estilo de vida adequado à gestão da doença (“o que a diabetes gosta e não gosta”; “o que faz bem e faz mal à diabetes”), salientando as dificuldades desse processo. Formulando um grupo de metáforas: metáfora V, “Agora já estou mais acostumado mas ao princípio era muito difícil”. Deste modo, indicam que sabem que têm de adotar um estilo de vida mais saudável (“regrar”, “equilibrar”, “controlar”), mas consideram difícil, pois “os diabetes não doem e a gente facilita”, e só com o tempo se vão “adaptando” e “habitando”. Não são elaboradas metáforas no nível societal.

No subtema “principais desafios associados a viver com diabetes” são elaboradas 41 (35,9% do total de metáforas elaborada para o tema “o que é viver com a diabetes”), 26 por mulheres e 15 por homens. Os participantes sem escolaridade elaboram 8 metáforas (19,5%); aqueles com até 4 anos de escolaridade indicam 9 (21,9%); e os com  $\geq 5$  anos de escolaridade indicam 24 (58,6%). No nível “biológico” surgem 5 metáforas (12,2%), 3 por mulheres e 2 por homens. Estas metáforas são agrupadas em metáfora W, “Muita coisa má que a gente...”, em que os participantes acentuam os diversos problemas associados à diabetes, realçando que vai “piorando”; e sugerem os vários aspetos negativos associados à diabetes, como “feridas que demoram a cicatrizar”, “enfraquecimento”, “outras doenças”. No “nível experiência humana” emergem 26 metáforas (75,6%), 16 por mulheres e 10 por homens. Neste nível, os participantes fazem referência à necessidade de controlar a doença e de ter cuidado principalmente com a alimentação e com o stress; alguns relatam sentimentos de tristeza pela doença, em contraste com outros participantes que expressam a aceitação da diabetes. Neste nível, os participantes formulam três grupos de metáforas que traduzem uma noção de precaução e de prevenção: i) metáfora X, “É ter cuidado, como tudo. Se a gente tem dinheiro no bolso e não tem cuidado, gasta-o todo! E precisas para amanhã e não tens!” (8 participantes), onde é veiculada a ideia de que é preciso evitar o que “não é bom para a diabetes”, incluindo “pecados” alimentares e evitar o stress; ii) a

metáfora Y, “É uma tristeza que a gente sente!” (8 participantes) traduz o impacto emocional associado à vivência de uma doença “má” e “exigente”, marcado por tristeza e frustração (“é uma chatice!”); iii) metáfora Z, “Nós temos que agradecer a Deus o que temos [...] mas temos que acompanhar a cruz que Deus nos deu” (10 participantes), indica que alguns participantes aceitam a doença, em alguns casos por motivos religiosos, noutros porque percebem que nada mais há a fazer (“a gente não quer aceitar, mas temos de aceitar”); a aceitação é facilitada pela compreensão dos mais familiares mais próximos, principalmente o cônjuge. No nível “societal” emergem 10 metáforas (24,4%), organizadas em dois grupos de metáforas: i) metáfora AA, “A gente sente-se mais triste porque não somos como as outras pessoas” (4 participantes), indicando que os participantes revelam sentimentos de inferioridade em relação aos não diabéticos; ii) metáfora BB, “Está aí [no lar] uma senhora... já tem a trezentos e a quatrocentos os diabetes, mas ela come que parece um animal a comer” (6 participantes), em que os participantes criticam outros diabéticos que não têm os cuidados adequados.

### **Discussão dos resultados**

Neste estudo os homens elaboram mais metáforas do que as mulheres (em termos absolutos, as mulheres formulam mais metáforas, mas como a amostra tem mais mulheres que homens, verifica-se que, em média, os homens elaboraram maior número de metáforas). Os participantes com mais anos de escolaridade (sobretudo:  $\geq 5$  anos) elaboram mais metáforas. Verifica-se que os homens (todos apresentam  $\geq 5$  anos de escolaridade) apresentam escolaridade superior às mulheres. Provavelmente a elaboração superior de metáforas pelos homens associa-se à escolaridade superior, pois as metáforas são recolhidas em investigação como expressões convencionais, mas envolvem um processo cognitivo que exige complexas integrações conceptuais (Santos, 2011).

#### **a) O que é a diabetes**

Este tema envolve os subtemas: identidade, causa e evolução e consequências. Começamos com algumas notas relativas a aspetos de género. Principalmente no subtema “evolução e consequências”, os dados sugerem as mulheres expressam mais sentimentos em relação à doença. Esta aspeto destaca-se sobretudo no grupo de metáforas L (“sinto tanto medo...”), em que todas foram formuladas por mulheres, que assumem e expressam

os seus medos, designadamente: perder alguma parte do corpo por amputações, perder a visão e a vida; e fazer sofrer os familiares mais próximos. A literatura tem indicado que as mulheres são mais capazes de expressar emoções de tristeza e medo e demonstram maior consciência emocional (por comparação com os homens), utilizando linguagem emocional mais complexa para representar as suas experiências e as de outros (Aragón, Franco, & Chávez, 2008).

Passamos agora a evidenciar algumas falsas crenças neste tema. No subtema “identidade”, no nível biológico emerge o grupo de metáfora C, “há diabetes de muita maneira: há uns melhores (tipo 2), há outros piores (tipo 1)”, que expressa que os participantes consideram a diabetes tipo 2 “é uma coisa bastante leve”, até porque não se “picam” com insulina; por outro lado, os participantes consideram a diabetes tipo 1 como muito mais grave do que a tipo 2 porque no caso da doença de tipo 1 a utilização de insulina é obrigatória (Alberti, & Zimmet, 1998; Gross, Silveiro, Camargo, Reichelt, & Azevedo, 2002). De facto, diabéticos tipo 1 e 2 podem necessitar de insulina em determinada fase do tratamento. Esta falsa crença pode estar associada à antiga denominação da doença: “dependente de insulina” (atualmente tipo 1) e “não dependente de insulina” (atualmente tipo 2). Mas esta falsa crença é muito comum; por exemplo: um estudo que comparava os comportamentos de pacientes diabéticos com os de indivíduos com fatores de risco cardiometabólicos refere que 22% dos respondentes com diabetes tipo 2 acreditava que a sua condição não era tão grave quanto a de diabetes tipo 1; cerca dos 10% dos respondentes, diabéticos ou não considerava a diabetes apenas uma doença relacionada com o açúcar (Green, Bazata, Fox, & Grandy, 2007). Outra falsa crença emerge no subtema “causas”, no nível de experiência humana, em que os participantes formulam o grupo de metáfora J (“Não sei como é que a gente apanha os diabetes, sei que apareceram-me”), revelando não terem claro como a doença surgiu (a diabetes “apareceu” ou foi “apanhada” (IDF, 2015, p. 23; WHO, 2016, p. 12). A literatura aponta um conjunto de fatores de risco na diabetes tipo 2, tais como excesso de peso, baixo nível de atividade física ou má dieta; além disso, indica outros fatores associados: existência de familiares com a doença (hereditariedade), etnia (tais como as populações indígenas, mais suscetíveis a diabetes) e registo de diabetes gestacional (IDF, 2015). Com frequência, os pacientes com diabetes tipo 2 descobrem a sua condição num estado já avançado da doença, pois os sintomas são ligeiros (ainda mais por comparação com a diabetes tipo 1). Isto é, já tinham

diabetes antes do diagnóstico, apesar de não saberem e apresentarem ou sentirem poucos sintomas; e podem até já apresentar complicações associadas quando recebem o diagnóstico. Assim, os pacientes tendem a considerar-se “vítimas” da doença, sem consciência da influência dos seus hábitos de vida.

Passamos agora a analisar as metáforas neste tema. Em relação ao tema “o que é a diabetes” verifica-se o predomínio do nível biológico (43 metáforas em 84), seguido do nível experiência humana (36/84) e, por fim o nível societal (5/84). A diabetes é principalmente associada à sua componente biomédica, e à experiência humana. Quando se consideram os subtemas verifica-se que o nível biológico é destacado em termos de “identidade” da diabetes tipo 2; enquanto o nível experiência humana é salientado em termos do subtema “causas”.

Em termos de identidade, predomina o nível biológico, com três grupos de metáforas [“diabetes é sangue mau, que afeta todos os órgãos”; “diabetes é um mal: já não sai”; “há diabetes de muita maneira: há uns melhores (tipo 2), há outros piores (tipo 1)”], que sugere algumas características relevantes da diabetes: uma doença crónica, com impacto em vários órgãos (Kirkman, 2012). Os dados sugerem que os diabéticos idosos conhecem a gravidade e a cronicidade da doença, embora não seja claro se percebem a influência dos seus estilos de vida. Ainda na identidade, o nível experiência humana é destacado (“é como o aquecimento global, que não se vê, mas que sabemos estar a causar estragos”), descrevendo um elemento relevante na vivência da diabetes: uma doença invisível, que não dói, que não se sente (European Commission, 2009). A diabetes é de facto uma doença “silenciosa”, pois quando os pacientes sentem sintomas mais graves é porque já ocorreu alguma deterioração do organismo (como perda de visão ou doenças associadas, por exemplo, que com frequência são causa de morte dos diabéticos).

Ao nível das causas salienta-se o nível experiência humana, com quatro grupos de metáforas (G: “Abusava de certas coisas [alimentação] que fazem mal ao nosso corpo”; H: “Eu sou muito nervosa e os nervos afetam tudo”; I: “Isto foi tudo a idade, a idade...”; J: “Não sei como é que a gente apanha os diabetes, sei que apareceram-me”) que conjuga causas associadas a estilos de vida (alimentação desadequada, stress elevado e a idade) e o desconhecimento da causa (não saber como “apanhou” a diabetes ou como “apareceram”). Nas causas destaca-se ainda a nível biológico, o grupo de metáforas F (“Herdei esta doença”), em que participantes com familiares (principalmente pais) diabéticos consideram

a hereditariedade como causa. A atribuição das causas da doença que os participantes descrevem estão englobadas em 3 diferentes grupos que são: estilo de vida, hereditariedade e causa desconhecida onde esta última é a mais sinalada.

No subtema “evolução e consequências”, o destaque está no nível biológico, considerando o grupo de metáforas K (“lentamente vai dando cabo da pessoa”), que demonstra que os participantes sabem que se trata de uma doença de evolução progressiva e potencialmente incapacitante. A autogestão inadequada da doença está relacionada com a deterioração progressiva da qualidade de vida do paciente que irá diminuir à medida que surgem mais complicações associadas à doença (Testa & Simonson, 1999; Testa, Simonson, & Turner, 1998).

Em termos de experiência humana, a “evolução e consequências” é caracterizada pelo grupo de metáforas “sinto tanto medo ...”, que demonstra também conhecimento das consequências, mas associado a sentimentos e emoções; talvez por isso esta metáfora seja apenas formulada por mulheres (Undén et al., 2008). Os pacientes com diabetes, sobretudo mulheres, revelam com frequência sentimentos como frustração, cansaço, irritação ou medo; e as mulheres diabéticas tendem a apresentar menor qualidade de vida e bem-estar do que os homens.

#### **b) O que é viver com diabetes**

Começamos por analisar falsas crenças neste tema. No subtema “gestão das recomendações terapêuticas”, no âmbito do nível experiência humana emergem dois grupos de metáforas que indicam falsas crenças. No grupo de metáforas Q (“como eu a combato com os comprimidos [à diabetes], estou sempre bem, é a mesma coisa que não ter”), os respondentes revelam que gerem a doença apenas com medicamentos. Esta falsa crença sugere que os participantes não aderem às mudanças no estilo de vida exigidas em termos de gestão da diabetes tipo 2. Também o grupo de metáforas S (“controlei assim os diabetes, a picar o dedo”) indica que os participantes não compreendem porque e para quê fazem o controlo da glicemia; na sua perspetiva parece ser para ver se têm ou não diabetes, e também sugere que avaliar a glicemia é um fim, e não um meio para ir gerindo o estilo de vida (Broadbent, Donkin, & Stroh, 2011).

Passamos às metáforas elaboradas neste tema “o que é viver com a diabetes”; verifica-se o predomínio do nível biológico (57 metáforas em 114), seguido do nível

experiência humana (47/114) e, por fim o nível societal (10/114). A diabetes é principalmente associada à sua componente biológica em termos da “gestão das recomendações terapêuticas”; e enquanto experiência humana salienta-se na “reação inicial ao diagnóstico” e “nos principais desafios”.

No subtema “reação inicial ao diagnóstico”, salientam-se metáforas no nível experiência humana, que sugerem duas formas ou fases de enfrentamento da doença: metáforas N - “Esta situação mexeu comigo...” que indicam que o diagnóstico afetou e amedrontou os participantes (sobretudo aqueles que têm ou tiveram familiares diabéticos e observaram a gravidade da doença), e poderá ser uma fase mais inicial; metáforas O - “Eu tenho de lutar”, que sugerem uma postura ativa do paciente no sentido de poder fazer o que está ao seu alcance, e poderá também ser uma fase mais posterior de confrontação com o diagnóstico. A metáfora N está relacionada com as reações mais comuns ao diagnóstico inicial, descritas por emoções como raiva, revolta, depressão, angústia, medo e insegurança (Oliveira, Bezerra, Andrade, Soares, & Costa, 2013; Pibernik-Okanovic, Roglic, Prasek & Metelko, 1996; Rodrigues, Santos, Teixeira, Gonela & Zanetti, 2012). Alguns pacientes, após a reação inicial, vão revelando confiança nas suas capacidades de autogestão da doença, em concordância com a metáfora O. Neste subtema, no nível biológico salientam-se também as metáforas M (“porque eu quando soube que tinha, já tinha”), que indicam a surpresa do participante, que não entende como podia ter uma doença e não saber, provavelmente porque não tinha sintomas que o/a alertassem para a situação. Ainda que o nosso estudo sugira que os pacientes tenham uma reação de surpresa perante o diagnóstico inicial, tal pode estar associado aos sintomas silenciosos característicos da doença. Peel, Parry, Douglas & Lawton (2004) referem que esta reação é menos habitual do que a literatura sugere, pois alguns pacientes poderão já suspeitar da doença ou mesmo ficarem aliviados pela doença ter sido descoberta a tempo de a tratar.

No subtema “gestão das recomendações terapêuticas”, salientam-se metáforas no nível biológico, revelando diversas experiências: P - “a gente às vezes peca [com a alimentação]”, indica que nem sempre os pacientes cumprem as recomendações em relação à alimentação, mas sabem que é um erro (“pecado”); U - “a ensinarem como é ... a medicarem tudo...”, é uma referência ao apoio dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que fazem um acompanhamento muito próximo; S - “controlei assim os diabetes, a picar o dedo”, refere-se ao controlo da glicemia (que implica “picar o dedo”),

que para os pacientes é considerado uma forma de saber se têm ou não diabetes naquele momento; Q - “como eu a combato com os comprimidos [à diabetes], estou sempre bem, é a mesma coisa que não ter”, sugere que os participantes entendem que apenas com a toma dos comprimidos gerem a diabetes, principalmente porque não sentem sintomas; R - “andar faz bem [à diabetes] e eu ando pouco”, também revela que apesar de conhecerem as recomendações, não as cumprem, sendo que a ausência de exercício físico não é qualificada de pecado (como na alimentação); T - “tinha e tenho a barriga preta das picadas [insulina]”, apresenta um outro nível de cuidados, que envolvem a administração de insulina, que é sempre relatada como um momento de aflição (injetar a insulina causa medo e ansiedade aos participantes, que temem não administrar corretamente). A dieta diabética pode ser sentida de modo repressivo, pois o doente, reconhecendo as limitações, acaba por transgredir e assim “pecar” (Patrão, 2011, p.84). Segundo a Sociedade Portuguesa de Diabetologia, o primeiro passo no tratamento da diabetes tipo 2 implica uma adaptação diária na alimentação e atividade física (SPD, 2014). No presente estudo, a maior parte dos entrevistados não referiu ter consciência de que uma das origens da diabetes poderá ser os hábitos sedentários adotados durante a sua vida.

No subtema “principais desafios associados a viver com a diabetes” destacam-se os níveis experiência humana e societal. Provavelmente, há menos clareza sobre as consequências da diabetes em termos de outras doenças associadas, e o nível biológico é aqui relegado para um segundo plano.

No nível experiência humana salientam-se os seguintes grupos de metáforas: Z - “nós temos que agradecer a Deus o que temos [...] mas temos que acompanhar a cruz que Deus nos deu”, que conjuga a aceitação assente na fé, com a ideia de sacrifício muito arreigada à tradição judaico-cristã (prevalente em Portugal); X - “é ter cuidado, como tudo. Se a gente tem dinheiro no bolso e não tem cuidado, gasta-o todo! E precisas para amanhã e não tens!”, revela que os participantes sabem que têm de gerir a doença (ter cuidado); Y - “é uma tristeza que a gente sente!”, indicam uma vivência mais emocional da doença, pautada por sofrimento, preocupações, falta de alegria de viver, sensação de dor e desgosto. Outros estudos referem que os pacientes tendem a descrever a doença através de conceitos associados a atitudes negativas e falta de controlo sobre a doença (Raballo et al., 2012). A literatura também refere a atribuição da doença ao destino e a sua aceitação como não controlável, que podem conduzir a uma negligência do tratamento (Hampson, 1998).



No nível societal surgem dois grupos de metáforas: BB - “Está aí uma senhora... já tem a trezentos e a quatrocentos os diabetes, mas ela come que parece um animal a comer”, indica que os diabéticos se comparam e criticam, provavelmente cada um tentando mostrar que gere melhor a doença do que o/s outro/s; AA - “a gente sente-se mais triste porque não somos como as outras pessoas”, essencialmente indicando um sentimento de solidão e inferioridade em relação a quem não é diabético, pois não podem ter uma vida social similar (por exemplo: se vão a um restaurante terão de ter cuidado com o pedido que fazem), podendo levar ao isolamento social. Na população idosa, é comum encontrar a diabetes tipo 2 associada a problemas psicossociais, isolamento ou condições económicas desfavoráveis, que constituem obstáculos adicionais à adequada autogestão dos doentes (Mooradian, McLaughlin, Boyer & Winter, 1999). Outros estudos referem a estigmatização dos pacientes com diabetes, especialmente os pacientes com diabetes tipo 2 (Browne, Ventura, Mosely & Speight, 2013). Assim como também aumentar a probabilidade de desenvolver depressão, exigindo atenção redobrada na definição de planos de tratamento (Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001; Goldney, Phillips, Fisher & Wilson, 2004).

### **c) Crenças de pessoas idosas acerca da diabetes tipo 2**

O grupo de metáforas mais frequente ocorre no tema “o que é viver com a diabetes”, no subtema “gestão das recomendações terapêuticas”, no nível biológico, onde são elaboradas 14 metáforas associadas ao grupo P: “A gente às vezes peca (com alimentação)”. Este parece ser um dos focos de atenção das pessoas idosas com diabetes tipo 2, isto é a gestão da alimentação. Segue-se para o mesmo tema e subtema, mas no nível experiência humana a metáfora V, “agora já estou mais acostumado mas ao princípio era muito difícil” (12 metáforas), o que demonstra a complexidade da autogestão da diabetes, que exige tempo e conhecimento.

No tema “o que é a diabetes”, o maior número de metáforas é elaborado no subtema “identidade”, no nível de experiência humana, nas metáforas D (n=11): “é como o aquecimento global que não se vê, mas sabemos que esta a fazer estragos”. Esta metáfora encerra elementos relevantes da vivência da diabetes tipo 2, como referem os participantes: é uma doença “silenciosa”, “surda”, que não dói, não se sente, vai deixando marcas, má como o diabo e que enfraquece os órgãos. No subtema “evolução e consequências”, no

nível biológico destaca-se a metáfora K (“lentamente vai dando cabo da pessoa”), como a segunda mais frequente (10 metáforas), em que os participantes salientam a deterioração dos órgãos e a possibilidade de ser uma doença fatal.

Os dados sugerem uma meta-metáfora que parece englobar várias das metáforas elaboradas pelos participantes idosos diabéticos tipo 2: a diabetes é como uma doença fantasma que ora aparece (com mais ou menos intensidade e clareza) ora desaparece, sem que saibam bem como ou porquê. Existem vários grupos de metáforas que apontam neste sentido, tais como: “não sei como é que a gente apanha os diabetes, sei que apareceram-me”; “porque eu quando soube que tinha [diabetes], já tinha”; “controlei assim os diabetes, a picar o dedo”. Ou seja, os participantes revelam que não sabem como “aparece” a diabetes, e que quando o diagnóstico foi efetuado e revelado, perceberam que já tinham, mesmo sem saberem; e ainda vai indicando que ora têm, ora não têm diabetes (conforme os valores da glicemia). Assim, quando pensam que “não têm a doença” (glicemia em valores adequados), sentem liberdade para “pecar com a boca” (metáfora P: “a gente às vezes peca”), ou seja, essencialmente para comerem doces. Aqui acaba por emergir alguma ambiguidade, porque assumem estar a pecar, isto é, sabem que não é adequado para gerir bem a doença. Talvez por ser sentida como um fantasma, então se pecarem sem ser vistos, não serão castigados. Paralelamente, há um entendimento da diabetes tipo 2 como uma doença cujo tratamento é apenas medicamentoso (Q: “como eu a combato com os comprimidos, estou sempre bem, é a mesma coisa que não ter”), que também alimenta a ideia de fantasma, pois desaparece com os comprimidos.

#### *Implicação para a prática clínica*

Os resultados deste estudo poderão ajudar a compreender melhor as crenças dos pacientes idosos com diabetes tipo 2 através de metáforas e a adequar as práticas de intervenção dos profissionais de saúde no sentido de promover uma melhor autogestão destes pacientes.

Neste estudo, encontramos interpretações fatalistas da doença, e a literatura sugere que podem ser um preditor de inadequada autogestão adesão (Silva, 2006). Os participantes, sobretudo as mulheres, formularam metáforas sobre os seus sentimentos face à doença. Acresce que tendem a compreender a doença como uma condição não controlável e com uma evolução definida *a priori*, daí que as recomendações terapêuticas

tenham mais probabilidades de ser negligenciadas (Hampson, 1998). Os dados sugerem que os participantes não compreendem a doença, mediante as metáforas elaboradas, algumas são falsas crenças indicando que o tratamento medicamentoso é suficiente para controlar a doença. Estas crenças são a verdade dos pacientes e vão em desencontro com as mudanças que devem adquirir para uma adequada autogestão. Os profissionais, para além de fazerem as recomendações terapêuticas, necessitam focar as crenças dos pacientes, para os ajudar a compreender bem a doença e, assim, potenciar a boa autogestão (Ferreira, Daher, Teixeira & Rocha, 2013). Tal pode ser efetuado incentivando o paciente a transmitir a sua informação sobre a doença, dúvidas e sentimentos, sem medo de ser questionado ou julgado. Estas intervenções desenhadas para transformar as crenças são consideradas influentes nos benefícios a longo prazo na autogestão (Griva et al, 2000).

#### *Limitações do estudo e perspectivas de pesquisa*

Algumas limitações deste estudo merecem ser consideradas. Trata-se de um estudo exploratório qualitativo, por isso exige posteriores estudos para fortalecer os dados. Acresce o reduzido tamanho da amostra (17 participantes), apesar da saturação de dados. Contudo, uma amostra superior possibilitaria uma maior compressão da associação com dados sociodemográficos (como sexo, grupo etário e escolaridade). A amostra neste estudo compreende pessoas idosas residentes na mesma localidade, por isso será importante continuar a estudar o tema noutras áreas geográficas. A exploração de metáforas é complexa; no caso dos participantes neste estudo, verificou-se que no início evidenciavam uma atitude de nervosismos e distância; provavelmente temiam estar a ser avaliados e serem incapazes de cumprir as expectativas; assim é necessário realizar entrevistas longas e adaptadas às diferenças individuais. O pedido de formulação de metáforas levava os entrevistados a mostrar confusão e angústia, apesar dos exemplos de metáforas; contudo, verificou-se que as metáforas surgem naturalmente durante a entrevista. Será interessante, em futuros estudos explorar as metáforas dos profissionais de saúde e dos familiares para compreender a interação das crenças na cominação e as possíveis influências na autogestão da doença.

## Conclusões

Contatou-se que os diabéticos idosos tipo 2 percebem a doença como grave e silenciosa. No âmbito do diagnóstico os pacientes evidenciam surpresa, são impactados com as repercussões na sua vida diária e as mudanças no estilo de vida. Com dificuldades em adotar um estilo de vida mais saudável no início do diagnóstico. A repercussão emocional após o diagnóstico foi evidenciada através de crenças (percepção de inferioridade) e emoções negativas (medo e tristeza) que contribuiu para a dificuldade em aceitar a doença e o convívio com a mesma. Predominam a percepção que é uma doença que deteriora progressivamente a saúde dos pacientes apesar de frequentemente não evidenciarem os sintomas. Também fica evidente que a maior dificuldade dos pacientes em relação ao percurso terapêutico é a mudança alimentar expressada com a metáfora “as vezes a gente peca”.

Na prática é verdadeiramente relevante na educação em saúde conhecer as crenças dos pacientes e trabalhar o sistema de crenças com respeito a doença para contribuir positivamente na autogestão das pessoas idosas com diabetes tipo 2. Assim apresentam-se as recomendações terapêuticas focadas nas características pessoais e individuais dos pacientes.

## Referências Bibliográficas

- Alberti, G. (2002). The DAWN (Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs) study. *Practical Diabetes International*, 19(1), 22-24. doi: 10.1002/pdi.305.
- Alberti, K., & Zimmet, P. F. (1998). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of a WHO consultation. *Diabetic medicine*, 15(7), 539-553. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9686693>.
- Alves, L., Leimann, B., Vasconcelos, M., Carvalho, M., Vasconcelos, A., Fonseca, T., ... Laurenti, R. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 23(8), 1924-1930. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n8/19.pdf>.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes a meta-analysis. *Diabetes care*, 24(6), 1069-1078. Retirado de <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.24.6.1069>.

- Anderson, R., & Funnell, M. (2005). Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education & Counseling*, 57(2), 153-157. doi: 10.1016/j.pec.2004.05.008.
- Antón, M., & Goering, E. (2015). *Understanding patients' voices: A multi-method approach to health discourse*. Indiana University: Purdue University Indianapolis.
- Aragón, R., Franco, B., & Chávez, E. (2008). Evaluación psicológica del entendimiento emocional: Diferencias y similitudes entre hombres y mujeres. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 26(2), 193-216. Retirado de [https://extension.uned.es/archivos\\_publicos/webex\\_actividades/5413/evaluacionpsicologicaentendimientoemocional.pdf](https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/evaluacionpsicologicaentendimientoemocional.pdf).
- Barry, C., Brescoll, V., Brownell, K., & Schlesinger, M. (2009). Obesity metaphors: how beliefs about the causes of obesity affect support for public policy. *Milbank Quarterly*, 87(1), 7-47. doi: 10.1111/j.1468-0009.2009.00546.x.
- Bazata, D., Robinson, J., & Grandy, S. (2008). Affecting behavior change in individuals with diabetes: findings from the Study to Help Improve Early Evaluation and Management of Risk Factors Leading to Diabetes (SHIELD). *Diabetes Education*, 34(6), 1025-1036. doi: 10.1177/0145721708325767.
- Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em Tese*, 2(1), 68-80. Retirado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027>.
- Brannon, L., & Feist, J. (1997). *Health Psychology: An introduction to behavior and health*. California: Brooks Cole Publishing Company.
- Broadbent, E., Donkin, L., & Stroh, J. C. (2011). Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes care*, 34(2), 338-340. Retirado de <http://dx.doi.org/10.2337/dc10-1779>.
- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020.
- Browne, J. L., Ventura, A., Mosely, K., & Speight, J. (2013). 'I call it the blame and shame disease': a qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes. *BMJ open*, 3(11), 1-10. doi:10.1136/bmjopen-2013-003384.
- Cardullo, B. (2008). *Soundings on cinema: Speaking to film and film artists*. Albany: State University of New York Press.

- Davidovich, U., Wit, J. B. D., & Stroebe, W. (2004). Behavioral and cognitive barriers to safer sex between men in steady relationships: Implications for prevention strategies. *AIDS Education and Prevention*, 16(4), 304-314. doi:10.1521/aeap.16.4.304.40398.
- Delamater, A. M., Jacobson, A. M., Anderson, R. B., Cox, D., Fischer, L., Lustman P.,... Wisocki, T. (2001). Psychosocial therapies in diabetes. *Diabetes Care*, 24, 1286-1292. doi: 10.2337/diacare.24.7.1286.
- Eren, A., & Tekinarslan, E. (2013). Prospective teachers' metaphors: teacher, teaching, learning, instructional material and evaluation courses. *International Journal of Social Sciences and Education*, 3(2), 435-445. Retirado de [https://www.researchgate.net/profile/Altay\\_Eren/publication/282185083\\_Prospective\\_Teachers\\_Metaphors\\_Teacher\\_Teaching\\_Learning\\_Instructional\\_Material\\_and\\_Evaluation\\_Concepts/links/5606c88d08aeb5718ff753bc.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Altay_Eren/publication/282185083_Prospective_Teachers_Metaphors_Teacher_Teaching_Learning_Instructional_Material_and_Evaluation_Concepts/links/5606c88d08aeb5718ff753bc.pdf).
- European Commission. (2009). Major and Chronic Diseases- Diabetes. [On-line]. Retirado de [http://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/diseases/diabetes/index\\_en.htm#fragment6](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/diabetes/index_en.htm#fragment6).
- Falcão, I. M., Pinto, C., Santos, J., Fernandes, M. L., Ramalho, L., Paixão, E., & Falcão, J. M. (2008). Estudo da prevalência da diabetes e das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 679-692.
- Ferreira, D. S., Daher, D. V., Teixeira, E. R., & Rocha, I. J. (2013). Repercussão emocional diante do diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Revista enfermagem UERJ*, 21(1), 41-46. Retirado de <http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a07.pdf>.
- Franzen, E., Almeida, M., Aliti, G., Bercini, R., Menegon, D., & Rabelo, E. (2007). Adultos e idosos com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem. *Revista HCPA*, 27(2), 28-31. Retirado de <http://hdl.handle.net/10183/28901>.
- Funnell, M., & Anderson, R. (2004). Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes*, 22(3), 123-127. doi: 10.2337/diaclin.22.3.123.
- Funnell, M., & Weiss, M. (2008). Patient empowerment: the LIFE approach. *European Diabetes Nursing*, 5(2), 75-78. doi: 10.1002/edn.114.
- Furtado, M. R. (2011). *Uma Discussão Acerca do Conceito de Crença*. Universidade de Lisboa. Retirado de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3849/1/ulfl096134\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3849/1/ulfl096134_tm.pdf).
- Gabarra, L. M. (2005). *Crianças hospitalizadas com doenças crônicas: a compreensão da doença*. Universidade Federal de Santa Catarina.

- Gardete-Correia, L., Boavida, J., Raposo, J., Mesquita, A., Fona, C., Carvalho, R., & Massano-Cardoso, S. (2010). First diabetes prevalence study in Portugal: PREVADIAB study. *Diabetic Medicine*, 27(8), 879-81. doi: 10.1111/j.1464-5491.2010.03017.x.
- Goldney, R. D., Phillips, P. J., Fisher, L. J., & Wilson, D. H. (2004). Diabetes, depression, and quality of life a population study. *Diabetes care*, 27(5), 1066-1070. Retirado de <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.27.5.1066>.
- Green, A. J., Bazata, D. D., Fox, K. M., & Grandy, S. (2007). Health-related behaviours of people with diabetes and those with cardiometabolic risk factors: results from SHIELD. *International journal of clinical practice*, 61(11), 1791-1797. doi: 10.1111/j.1742-1241.2007.01588.x.
- Griva, K., Myers, L. B., & Newman, S. (2000). Illness perceptions and self efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology and Health*, 15(6), 733-750. doi: 10.1080/08870440008405578.
- Gross, J. L., Silveiro, S. P., Camargo, J. L., Reichelt, A. J., & Azevedo, M. J. (2002). Diabetes Mellito: diagnostico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica*, 46(1), 16-26. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/abem/v46n1/a04v46n1.pdf>.
- Guerra, J. (2009). Proposta para a Criação do Núcleo de Estudos sobre Gestão da Doença Crónica da SPMI. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. Retirado de [http://www.spmi.pt/pdf/Proposta\\_NEGDC\\_da\\_SPMI.pdf](http://www.spmi.pt/pdf/Proposta_NEGDC_da_SPMI.pdf).
- Hagey, R. (1984). The phenomenon, the explanations and the responses: Metaphors surrounding diabetes in urban Canadian Indians. *Social Sciences & Medicine*, 18(3), 265-272
- Hampson, S. E. (1998). Illness representations and the self-management of diabetes. In K.J. Petrie & J.A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health & illness* (pp. 323-347). The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Hanas, R. (2007). *Diabetes tipo 1 em crianças, adolescentes e jovens adultos 3ª Ed.* Uddevalla, Suécia: Lidel.
- Huttlinger, K., Krefting, L., Drevdahl, D., Tree, P., Baca, E., & Benally, A. (1992). "Doing battle": a metaphorical analysis of diabetes mellitus among Navajo people. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(8), 706-712.
- IDF. (2009). *Diabetes Atlas*, 4th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation (IDF), 50-78.
- IDF. (2015). *Diabetes Atlas*, 7th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation (IDF). Retirado de <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html>

- Kemp, E. (1999). Metaphor as a tool for evaluation. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 24(1), 81-89.
- Kirkman, M. S., Briscoe, V. J., Clark, N., Florez, H., Haas, L. B., Halter, J. B., ... & Pratley, R. E. (2012). Diabetes in older adults. *Diabetes care*, 35(12), 2650-2664. doi: 10.2337/dc12-1801.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic books.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health psychology. Theory, research and practice*. London: Sage Publications.
- Mason, M. (2010). Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 11(3). Retirado de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1428/3028>.
- Michael, K., & Katerina, M. (2009). Exploring Greek Teachers' Beliefs Using Metaphors. *Australian Journal of Teacher Education*, 34(2), 64-83. doi: org/10.14221/ajte.
- Mooradian, A. D., McLaughlin, S., Boyer, C. C., & Winter, J. (1999). Diabetes care for older adults. *Diabetes Spectrum*, 12(2), 70-77. Retirado de <http://journal.diabetes.org/diabetesspectrum/99v12n2/pg70.htm>.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16. doi:10.1080/08870440290001494.
- OECD. (2012). *The diabetes epidemic and its impact on Europe*. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Retirado de <http://www.oecd.org/els/health-systems/50080632.pdf>.
- Oliveira, P. S., Bezerra, E. P., Andrade, L. L., Soares, M. J., & Costa, M. M. (2013). Contributing factors to the emergence of complications from diabetes mellitus. *Journal of Nursing*, 7(8), 5265-5273. doi: 10.5205/reuol.3452-28790-4-ED.0708201326.
- Patel, N., Kennedy, A., Chew-Graham, C., Blickem, C., & Bower, P. (2012). Measuring diabetes health beliefs in the South Asian population: a narrative systematic review of feasibility and validity. *Diversity & Equality in Health and Care*, 9, 57-70. Retirado de <http://diversityhealthcare.imedpub.com/measuring-diabetes-health-beliefs-in-the-south-asian-population-a-narrative-systematic-review-of-feasibility-and-validity.pdf>.
- Patrão, M. C. (2011). *Auto-eficácia em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratadas*. (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Coimbra, Coimbra.



- Peel, E., Parry, O., Douglas, M., & Lawton, J. (2004). Diagnosis of type 2 diabetes: a qualitative analysis of patients' emotional reactions and views about information provision. *Patient education and counseling*, 53(3), 269-275.
- Pibernik-Okanovic, M., Roglic, G., Prasek, M., & Metelko, Z. (1996). Emotional adjustment and metabolic control in newly diagnosed diabetic persons. *Diabetes research and clinical practice*, 34(2), 99-105. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9031812>.
- Portugal. (2008). Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde. Direção de Serviços de Cuidados de Saúde. *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa: DGS.
- Raballo, M., Trevisan, M., Trinetta, A. F., Charrier, L., Cavallo, F., Porta, M., & Trento, M. (2012). A Study of Patients' Perceptions of Diabetes Care Delivery and Diabetes Propositional analysis in people with type 1 and 2 diabetes managed by group or usual care. *Diabetes care*, 35(2), 242-247. Retirado de <http://dx.doi.org/10.2337/dc11-1495>.
- Ribeiro, M. V. (2010). *Suporte social e adesão ao tratamento em indivíduos com diabetes tipo 2*. (Dissertação de doutoramento). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Rodrigues, F. F., Santos, M. A., Teixeira, C. R., Gonela, J. T., & Zanetti, M. L. (2012). Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*, 25(2), 284-90. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/apv/v25n2/a20v25n2>.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education & Behavior*, 2(4), 328-335. doi: 10.1177/109019817400200403.
- Rosentsock, I.M. (1990). The Health belief Model: Explaining health behavior through expectaicies. In K. Glanz, F. Lewis, & B. Rimer (Eds.). *Health behavior health education: Theory, research, and practice* (pp. 39-62). San Francisco: Jossey-Bass.
- Saban, A. (2010). Prospective teachers' metaphorical conceptualizations of learner. *Teaching and Teacher Education*, 26(2), 290-305. doi:10.1016/j.tate.2009.03.017
- Saban, A., Kocbeker, B. N., & Saban, A. (2007). Prospective teachers' conceptions of teaching and learning revealed through metaphor analysis. *Learning and Instruction*, 17, 123-139.
- Santos, E. C. B., Zanetti, M. L., Otero, L. M., & Santos, M. A. (2005). O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(3), 397- 406. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a15>.
- Santos, R. Y. (2011). *Construções metafóricas de vida e morte: cognição, cultura e linguagem*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.
- Schnitzer, M., & Pedreira, M. (2005). A neuropsychological theory of metaphor. *Language Sciences*, 27, 31-49. doi:10.1016/j.langsci.2004.10.001.

- Shuell, T. J. (1990). Teaching and learning as problem solving. *Theory into Practice*, 29, 102-108.
- Silva, I. L. (2006). *Psicologia da diabetes*. Lisboa: Placebo.
- Simseka, M. (2014). A metaphor analysis of English teachers candidates' pre and post course beliefs about language and teaching. *Dicle Universitesi Ziya Gokalp Egitim Fakultesi Dergisi*, 22, 230-247.
- Solberg, H., Nysether, G., & Steinsbekk, A. (2014). Patients' experiences with metaphors in a solution-focused approach to improve self-management skills: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(4), 398-401.
- Sontag, S. (1977). *Illness as a metaphor*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Sousa, V., & Zauszniewski, J. (2005). Toward a theory of diabetes self-care management. *The Journal of Theory Construction & Testing*, 9(2), 61-67.
- SPD. (2014). *Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Diabetes: Factos e Números, Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD). Retirado de [http://spd.pt/images/ond\\_2014.pdf](http://spd.pt/images/ond_2014.pdf).
- Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1999). Letters. *Journal of the American Medical Association*, 281(21), 1986.
- Testa, M. A., Simonson, D. C., & Turner, R. R. (1998). Valuing quality of life and improvements in glycemic control in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 21(3), 44-52.
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care*, 23(7), 943-950. doi: 10.2337/diacare.23.7.943.
- Toscano, C. M. (2004). As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 885-895. Retirado de <http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n4/a10v9n4.pdf>.
- Undén, A. L., Elofsson, S., Andréasson, A., Hillered, E., Eriksson, I., & Brismar, K. (2008). Gender differences in self-rated health, quality of life, quality of care, and metabolic control in patients with diabetes. *Gender medicine*, 5(2), 162-180. doi: 10.1016/j.genm.2008.05.003.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11(3), 431-445. doi: 10.1080/08870449608400270.
- Williams, G., & Pickup, J. C. (2004). *Handbook of Diabetes*. 3<sup>rd</sup> Ed. Malden, Mass: Blackwell.
- Wood, J. (2009). Diabetes evidence-based management: supporting vulnerable adults. *Practice Nursing*, 20(10), 511-515.

- World Health Organization (2016). *Global report on Diabetes*. Geneva. Retirado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf).
- World Health Organization. (1999). *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO (World Health Organization) consultation*. Geneva, World Health Organization. Retirado de [http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/who\\_ncd\\_ncs\\_99.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/who_ncd_ncs_99.2.pdf).
- World Health Organization. (2005). *Preventing chronic disease: a vital investment WHO global report*. Geneva. Retirado de [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en).
- World Health Organization. (2009). *Health in the European Union: trends and analysis*. WHO (World Health Organization), European Observatory on Health Systems and Policies. Retirado de [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98391/E93348.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98391/E93348.pdf).
- Yardley, L., Sharples, K., Beech, S., & Lewith, G. (2001). Developing a dynamic model of treatment perceptions. *Journal of health psychology*, 6(3), 269-282. doi: 10.1177/135910530100600301.
- Zagury, L., Zagury, T., & Guidacci, J. (2000). *Diabetes sem medo*. Rio de Janeiro: Rocco.

## **Anexos**

## Anexo A. Entrevista semiestruturada



Universidade de Aveiro

ID: \_\_\_\_\_

Sou estudante de Mestrado de Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica da Universidade de Aveiro, e estou a realizar um estudo onde se pretende analisar a perspectiva da diabetes em pacientes idosos e profissionais de saúde. Para tal, gostaria de pedir a sua colaboração para o preenchimento deste questionário. Pede-se que seja sincero, garantindo desde já que os dados são confidenciais.

Por favor pense em como é viver com uma doença como a diabetes. Pense em características da diabetes e como influenciam (de forma positiva ou negativa) a sua vida e mesmo a dos seus familiares que convivem consigo. Fale-nos dessa sua experiência. Depois, tente criar uma metáfora ou uma comparação em relação a viver com a diabetes, por exemplo: “Aveiro tem muitos canais, por isso é a Veneza portuguesa”; ou “As crianças são como o sol porque estão sempre alegres e brilhantes”. Por favor pense no máximo de metáforas/caraterísticas que considera importantes.

### Aquecimento...

Exemplos:

- a) comparação... “Aveiro é como a Veneza de Portugal”
- b) “O amor é como o fogo que arde sem se ver”
- c) “Aquele homem é como o touro porque tem muita força”
- d) “A minha avó é tão doce como os ovos moles”

### Metáfora:

A diabetes é como: ..... Porque?.....

É como se.....

“Com que imagem pode representar a diabetes na sua vida?” .....



1) O que é a diabetes? Como define diabetes? Quais são as características principais da diabetes? O que pensa que causou a diabetes? Como a diabetes o afeta?

2) O que é viver com a diabetes? Como descobriu que tinha diabetes? Como foi a experiência de ser diagnosticado com diabetes? Como é que o diagnóstico de diabetes (não) mudou a sua vida? Como se sente sabendo que tem diabetes? O que diz à sua família e outras pessoas sobre a diabetes? O que outras pessoas lhe dizem sobre ter diabetes? Há outras pessoas (quem) na sua família com diabetes? Que tratamentos e ajuda tem para a diabetes? Como cuida de si sabendo que tem diabetes? O que acha mais difícil e mais fácil na gestão da sua vida considerando que tem diabetes? Como tem evoluído a sua diabetes e como se tem adaptado? Descobriu ou aprendeu alguma coisa positiva com esta doença?

· Idade:

· Sexo:

· Estado Civil:

· Habilitações literárias:

· Situação profissional:

· Nacionalidade:

· Área de residência:

· Há quanto tempo lhe foi diagnosticada a diabetes?

· Tem outras doenças crónicas? Se sim, quais?

· Mais alguém na sua família tem diabetes tipo 2? Se sim, quem (indicar o parentesco)?

## Anexo B. Consentimento Livre e Informado



Universidade de Aveiro

ID: \_\_\_\_\_

### Consentimento Informado

“Idosos: perspectiva da diabetes”.

**Objet i vo:** Realizado no âmbito da dissertação do Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica da Universidade de Aveiro, este estudo tem como objetivo geral analisar a perceção do paciente sobre a diabetes.

**Procedi ment o:** Inicialmente ser-lhe-ão solicitados alguns dados demográficos, posteriormente ser-lhe-á pedido que responda a uma instrução.

**Duração:** A resposta ao questionário demorará cerca de 15 minutos.

**Conf i denci al i dade:** A informação recolhida neste questionário é anónima e confidencial. Os dados obtidos serão tratados anonimamente e apenas no âmbito de trabalhos académicos e apresentações científicas.

**Part i ci pação:** A sua participação é voluntária podendo a qualquer momento desistir de responder ao questionário, sem qualquer prejuízo para si. Nesse caso, todos os seus dados serão eliminados do estudo.

**Escl areci ment os:** Caso deseje obter qualquer tipo de informação adicional sobre este trabalho poderá contactar [carmenelisa@ua.pt](mailto:carmenelisa@ua.pt).

Declaro que tenho 18 anos ou mais, que li integralmente o presente termo de aceitação, que compreendi as condições de participação, que participo de livre e espontânea vontade neste estudo, e que concordo que os dados sejam apresentados de forma completamente anónima em trabalhos académicos, apresentações públicas, congressos científicos e publicações.

Assinatura do participante

Assinatura do investigador

-----

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

-----

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_